



BULLETIN ADHESION Année scolaire 2026-2027

Le bulletin d'adhésion est valable de septembre à août. Il doit être réactualisé une fois par an, et tenue à jour par le secrétariat du CLAAC. Le responsable légal de l'enfant doit informer l'équipe du CLAAC de tout changement lié aux informations indiquées dans le bulletin d'adhésion.

L'adhésion est fixée de septembre à septembre à :

- 2€ par personne par an,
- 10€ pour les associations et entreprises non employeuses,
- 50€ pour les associations ou entreprises employeuses.

Elle permet de soutenir l'association, de s'inscrire et participer aux activités.

Saisie Noéthys ☐

ADHERENT

NOM : Prénom :

Date de naissance : ☐ Fille ☐ Garçon

Lieu de Scolarisation :

Adresse postale.....

Téléphone portable E. Mail

Allocataire : ☐ MSA ☐ CAF - Bénéficiaire de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé ☐ Non ☐ Oui

J'autorise les personnes référentes du CLAAC à consulter directement mon quotient familial CAF via le service « Consultation des Données Allocataires par le Partenaire » (CDAP).

☐ Oui N° Allocataire : Date :

☐ Non (si Non, fournir obligatoirement un justificatif du quotient familial à jour

Activités hebdomadaires CLAAC : 8 € activité hebdomadaire

☐ Atelier E-Généalogie CS Avoine

☐ Céramique CS Chinon

☐ Conversation anglaise CS Chinon

☐ Scrabble CS Chinon

☐ Atelier autour du fil CS Chinon

☐ Atelier mémoire CS Chinon

☐ Cartonnage CS Chinon

☐ Chorale CS Chinon

☐ Atelier Patchwork CS Chinon

Activité secteur jeunesse : ☐ secteur famille : ☐

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'équipe à réaliser et à utiliser des images et des vidéos de groupes prises dans le cadre d'activités et de sorties pour mon enfant ou moi-même. Les supports pourront figurer dans les documents tels que des articles de presse, des publications sur le site ou les réseaux, le document de l'AG etc.

En aucun cas, l'image ne portera atteinte à la dignité de votre enfant ou vous-même, l'objectif des publications étant de valoriser notre action éducative.

☐ Oui ☐ Non

AUTORISATION RGPD (données personnelles)

Les données personnelles recueillies par le biais de cette fiche de liaison sont enregistrées sur le logiciel de gestion Noéthys, permettant le suivi des inscriptions, de la facturation et des différentes statistiques demandées par nos partenaires-financeurs. Elles ne font en aucun cas l'objet d'une cession à des tiers et seront gardées par l'association pendant 10 ans.. Vous pouvez demander la suppression de vos données auprès du secrétariat du CLAAC.

☐ Oui ☐ Non

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCES

NOM : Prénom :

Téléphone(s)portable.....

DateSignature :

Partie complémentaire pour les adhérents mineurs

MEDECIN TRAITANT

Nom du médecin :

Téléphone :

Adresse.....

.....

.....

AUTORISATION INTERVENTION MEDICALE

Je soussigné(e),.....
responsable légal de l'enfant, autorise l'équipe du CLAAC à prendre toutes les mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et m'engage à payer la part des frais incombant à la famille : les frais médicaux, d'hospitalisation et d'éventuelle opération.

Signature du représentant/ tuteur légal

Date

RECOMMANDATIONS UTILES

L'enfant porte-t-il des lunettes ?

☐ Oui ☐

☐ Non

Précisions :

L'enfant porte-t-il des prothèses auditives

☐ Oui ☐

☐ Non

Précisions :

L'enfant porte-t-il un appareil dentaire ?

☐ Oui ☐

☐ Non

Précisions :

REGIME ALIMENTAIRE

☐ Sans restriction

☐ Sans porc

☐ Végétarien

☐ Sans poisson

☐ Autre :

PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

☐ NON CONCERNE

☐ P.A.I.- Protocole d'Accueil Individualisé (*il est impératif de fournir le PAI scolaire à jour*)

☐ Allergie.....

☐ Intolérance aux aliments suivants

☐ Autre :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine et avec la notice, marquées au nom de l'enfant*).

Il est **obligatoire** de fournir une photocopie des vaccinations de l'enfant lors de la première inscription de chaque année, et à chaque rappel vaccinal.

Aucun médicament ne sera donné ou pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? (si oui, mettre une x)

	OUI		OUI
Rubéole		Scarlatine	
Coqueluche		Rougeole	
Varicelle		Otite	
Angine		Oreillons	
Rhumatisme articulaire aigu		Purpura	
Autre (préciser) :			

L'enfant est-il allergique ou asthmatique ? (si oui, mettre une x)

	OUI	CAUSE
Asthme		
Médicament(s)		
Alimentaire		
Maquillage		
Autre (préciser) :		

Précisez les signes évocateurs de l'allergie et la conduite à tenir (*joindre certificat médical*) :

.....

.....

.....

Indiquez ci-après les difficultés de santé de l'enfant (*maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, ...*) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

.....

CONTACT RESPONSABLE(S)

Responsable 1

Responsable 2

NOM :		
Prénom :		
Adresse :		
Code Postal		
Ville		
Téléphone fixe :		
Tél portable :		
Tél travail :		
E. Mail :		

AUTORISATION - INTERDICTION DE SORTIE

Je soussigné(e), , responsable légal de l'enfant :

- Autorise mon enfant à quitter seul le lieu de l'animation ☐ Oui ☐ Non
- Autorise mon enfant à être transporté dans le cadre des animations ☐ Oui ☐ Non
- Autorise à récupérer mon enfant – coordonnées téléphoniques
 - M. ou Mme ,
 - M. ou Mme ,
- Interdit à la structure de confier mon enfant à
 - M. ou Mme ,

(dans le cas d'interdiction judiciaire, il est obligatoire de fournir une photocopie du jugement)

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), , responsable légal de l'enfant, déclare :

- ☐ exacts les renseignements portés sur cette fiche de liaison.
- ☐ Avoir lu le règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date : Signature de l'adulte et jeune précédée de la mention « Lu et approuvé »